Rok XXVII. Kraków, 13 Października 1888. Nr. 41.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue de, Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Pér s.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Wpływ wprowadzonych pod skórę w wielkiéj ilości rozczynów solnych na krew i wydzielanie moczu.

(Sprawozdanie tymczasowe).

Podał **Edmund Biernacki.**

Fizyjologiczne rozczyny solne, t. j. rozczyny z nieznaczną zawartością (0·6%—0·75%) soli kuchennéj znajdują w ostatnich czasach coraz obszerniejsze zastósowanie lecznicze. Lat temu dziewięć, dziesięć spostrzeżenia Jolyeta[1]), Kroneckera i Sandera[2]), praca E. Schwarza[3]) i następnie dość liczne obserwacyje kliniczne (Bischoff[4]), Kocher[5]), Küstner[6]) i inni) wykazały, że wstrzykiwanie do żył znacznych ilości takiego roztworu stanowi środek, który może zastąpić w organizmie utratę krwi i przez to usuwać groźne objawy i ratować życie po krwotokach. W cholerze wprowadzenie do systemu krwionośnego dużych ilości rozczynu solnego w celu dostarczenia wody organizmowi stosowano jeszcze wcześniéj, gdyż w r. 1859 Brzeziński[7]) gorąco zalecał tę metodę leczenia. W czasie ostatniéj epidemii wstrzykiwania takie do żył, szczególnie z dodaniem niewielkiéj ilości siarkanu sodu (1%) do płynu (tak zwana sztuczna surowica Hayema) robiono dość często i wielu autorów zalecało je, jako zbawienny środek nawet w okresie asfyktycznym. Jednakże wstrzykiwanie wewnątrzżylne roztworów solnych, zdaje się nie zmniejsza wcale odsetki śmiertelności w cholerze, a tylko sprowadza czasowe polepszenie, ztąd metoda ta nie znalazła tutaj takiego poparcia i rozpowszechnienia, jak to miało miejsce przy krwotokach. Natomiast kilka lat temu zalecono w cholerze wprowadzać do ustroju znaczne ilości rozczynu solnego inną drogą, mianowicie za pomocą wstrzykiwań podskórnych, czyli tak zwanych hypodermoklizm. Twórcą téj metody jest prof. Arnold Cantani[1]) z Neapolu, który jeszcze w 1865 roku zaproponował swój sposób. Propozycyja ta mało jednak była znaną a w Niemczech, zdaje się, zupełnie o niéj nie wiedziano i w 1878 r. Samuel[2]) podał powtórnie podstawy naukowe takiéj metody leczenia w całym szeregu prac i artykułów. Po Samuelu Cantani wznowił swoją poprzednią propozycyję: metodę jego wypróbowali prof. Maragliano, Amoroso i inni i gorąco zalecają teraz jéj stosowanie. Według zdania tych obserwatorów hypodermoklizmy stanowią najlepszy środek objawowy w cholerze i znacznie zmniejszają procent śmiertelności. Skład płynu używanego do takich wstrzykiwań podskórnych różni się nieco od zwyczajnego roztworu solnego, gdyż Cantani na litr wody bierze 4gr. chlorku sodu i 3gr. sody, Samuel zaś 6gr. soli i 1gr. sody. Ilość wprowadzana stanowi litr, półtora na raz, co należy powtarzać dopóty, dopóki tylko trwa utrata wody z organizmu. W ostatnich

[1]) *Gazette medicale de Paris*, 1879, Nr. 8, str. 101. *Societé de Biologie, seance du 1er février*, 1879. — [2]) *Bemerkung über lebensrettende Transfusion mit anorganischer Salzlösung bei Hunden. Berl. klin. Wochensch.* 1879, Nr. 52. — [3]) *Uiber den Werth der Infusion alcalischer Kochsalzlösung in das Gefässsystem bei acuter Anämie. Habilitationsschrift.* Halle, 1881. — [4]) *Centralbl. f. Gynäkologie*, 1881, Nr. 33. — [5]) *Ctrbl. f. Chirurgie*, 1882, Nr. 15. [6]) *Centrbl. f. Gynäk.*, 1882, Nr. 10. — [7]) Leczenie cholery wstrzykiwaniami do żył czystéj ciepłéj wody. Wojenno-Medicinskij żurnał, 1859, t. 62, str. 30—45, (po rosyjsku).

[1]) W wielu miejscach: *Addizioni alla Patologia e Terapia speciale del prof. Niemeyer*, str. 919. H. Morgagni, 1867. *L'ipodermoclisi w Giornale internationale*, 1884. *La cura della cholera mediante l'ipodermoclise e l'enteroclise.* Napoli, 1884. Sprawozdanie na 59tym Zjeździe lekarzy i przyrodników niem. w Berlinie: ref. w *Revue de Medecine*, 1879, Nr. 1. — [2]) *Die subcutane Infusion als Behandlungsmethode der Cholera.* Stutgart, 1883. Pod tym samym tytułem artykuły w *Deutsche med. Wochenschr.*, 1883, Nr. 46, str. 667 i w *Berl. klin. Wochensch.*, 1884, Nr. 23, str. 434. *Subcutane oder intravenöse Infusion als Behandlungsmethode der Cholera. Berl. klin. Woch.*, 1884, Nr. 40 i 41.

czasach Rosenbusch [1]) zaleca hypodermoklizmy z daleko większą zawartością soli (6%) przy osłabieniu mięśnia sercowego w skutek jakiéjkolwiekbądź choroby ostréj, lub téż spraw przewlekłych i charłactwa, a także przy krwotokach płucnych, żołądkowych i kiszkowych.

Działanie dużych ilości rozczynów solnych przy normalnym, również i patologicznym stanie organizmu (po krwotokach) było także przedmiotem badań doświadczalnych. W tym kierunku doświadczenia Cohnheima i Lichtheima [2]), którzy stósowali 0·6% rozczyn soli kuchennéj w celu wywołania pełnokrwistości wodnistéj, wykazały ciekawy fakt, że zwierzęciu można wstrzykiwać do żył olbrzymie ilości roztworu, ilości 5—6 razy większe od ogólnéj masy krwi, bez żadnych groźnych następstw: przytém otrzymywano rozwodnienie krwi, jednakże nie tak znaczne, jakby można oczekiwać sądząc z wprowadzonéj ilości płynu (maxim. na 6—7%). Gdy roztwory solne zaczęto stosować w krwotokach, doświadczalne prace Otta [3]) dały naukowe podstawy téj metodzie. Widzimy jednak, że i te a także inne prace tyczyły się zawsze wstrzykiwań do żył roztworu solnego. Tymczasem doświadczeń podobnych nad hypodermoklizmami nie ma prawie zupełnie i nie mamy zupełnie danych o ich fizyjologiczném działaniu. Wniosków Cohnheima i Lichtheima nie mamy prawa przenieść całkowicie na działanie wprowadzonych pod skórę rozczynów, ponieważ wiemy, że droga i szybkość, z jaką środek wchodzi do organizmu, wywiera wpływ i modyfikuje jego działanie. Mając to na względzie zacząłem badać działanie fizyjologiczne hypodermoklizmy na krew i wydzielanie moczu, ponieważ przy teraźniejszém stosowaniu używają się one głównie w celu zmniejszenia zgęszczenia krwi, a zatém i wywołania lub zwiększenia wydzielania moczu.

W każdém z doświadczeń nad działaniem wstrzykiwań podskórnych roztworu solnego obserwowałem wpływ raz zrobionéj hypodermoklizmy. Do doświadczeń używałem psów, którym wprowadzałem pod skórę różne ilości 0·7% roztworu chlorku sodu: ilości równające się ogólnéj ilości krwi, połowie, $^3/_4$, $^1/_4$, przypuszczając zawsze, że ilość krwi równą jest $^1/_{13}$ wagi ciała zwierzęcia (Welcker). Roztwór ogrzany do 37°—39°C. wprowadzałem pod skórę boków, pleców zwierzęcia za pomocą strzykawki zawierającéj 15cm.sz; wstrzykiwanie robiłem powoli w przeciągu 10—20 minut. Wessanie płynu pozostawiałem samemu organizmowi i nie stósowałem nigdy mięsienia: przy takich warunkach wessanie płynu trwało trzy kwadranse, godzinę, lub nieco dłużéj. Po hypodermoklizmie psy stawały się dosyć apatyczne i osłabione: innych objawów nie widziałem i ani jedno zwierzę nie zdechło. Naturalnie podczas doświadczeń, trwających po kilka lub kilkanaście dni, psy pozostawały w jednakowych warunkach co do karmienia i dawałem im o tych samych godzinach jednakową codzień ilość końskiego mięsa, zwykle bez wody, ponieważ same zwierzęta nie chciały pić. W wielu razach jednakową ilość pokarmu dawałem w przeciągu kilku dni przed doświadczeniem.

Badania nad zmianami krwi tyczyły się jéj morfologicznych i chemicznych części składowych. Co do pierwszych obserwowałem za pomocą odpowiednich aparatów Malasseza zmiany w ilości czerwonych i bezbarwnych krążków krwi i hemoglobiny, co do drugiéj określiłem wpływ hypodermoklizmy na ciężar gatunkowy krwi, zawartość wody, organicznych i nieorganicznych części składowych. Pierwsze określenia zmian w ilości krążków i hemoglobiny, ciężaru gatunkowego i chemicznego składu krwi robiłem mniéj lub więcéj o jednym i tym samym czasie po wstrzykiwaniu, mianowicie w $1^1/_2$—2 godziny: tym sposobem można było do pewnego stopnia porównywać otrzymane rezultaty. Co do doświadczeń nad wydzielaniem moczu, to dla nich trzeba było mieć właściwie psa z przetoką pęcherzowo-brzuszną, od którego możnaby było otrzymywać mocz prosto z moczowodów. Operacyja jednakże na psie nie udała się i musiałem się ograniczyć tylko do zbierania ilości dobowéj moczu. Zresztą do dwóch doświadczeń miałem psa, który przyzwyczaił się oddawać mocz w podstawione naczynie; tym sposobem mogłem bezpośrednio przed wstrzykiwaniem podskórném wypróżnić pęcherz zwierzęcia i następnie otrzymywać mocz, wydzielający się podczas wstrzykiwania i zaraz po niém. Dla tego rezultaty tych dwóch doświadczeń, jakkolwiek zgadzające się z innemi, uważam za decydujące. Oprócz zapisywania ilości moczu i jego ciężaru gatunkowego badałem zawsze chlorki, mocznik, siarkany i fosforany za pomocą odpowiednich płynów miarowanych. Przed hypodermoklizmą robiłem rozbiory takie najmniéj przez dni pięć; wyniki tych rozbiorów kontrolowały dane, otrzymane po wstrzykiwaniu.

Doświadczenia z wstrzykiwaniami podskórnemi dowiodły, że działanie ich nie jest krótkotrwałém, a przeciwnie wywołuje zaburzenia i we krwi i w wydzielaniu moczu na tydzień lub nawet dłużéj. Zaburzenia te występują typowo i stosownie do czasu po wstrzykiwaniu zmieniają swój charakter. Szczególnie charakterystycznie zjawiają się one we krwi i dają się podzielić na kilka okresów, przechodzących stopniowo jeden w drugi.

1) Pierwszy okres działania hypodermoklizmy występuje bezpośrednio po wstrzykiwaniu i trwa zwykle dobę, czasem dwie. W tym okresie mamy dane, wskazujące rozrzedzenie krwi. Rzeczywiście zawartość wody we krwi zwiększa się, a zawartość ogólna części stałych zmniejsza się: w zależności od tego zmniejsza się także ciężar gatunkowy krwi. Rozrzedzenie krwi i zapewne zwiększenie jéj ogólnéj ilości sprawia także i to, że zawartość procentowa hemoglobiny i ilość ciałek czerwonych w badanéj objętości krwi zmniejsza się i zapewne zmniejszenie to zależy po części od zniszczenia i rozpadu pewnéj ilości krążków w skutek zmienionego składu chemicznego krwi. Należy wspomnieć, że te objawy rozwodnienia krwi nie są zbyt wyraźne: w doświadczeniach z rozbiorem chemicznym krwi ilość wody zwiększała się najwyżéj o 2·79%; zmniejszenie ciężaru gatunkowego było także bardzo nieznaczne (np. z 1·02588 na 1·02138), najdokładniéj zaś występowało zmniejszenie ilości czerwonych ciałek, które dochodziło do 14—15%. Stopień rozwodnienia krwi zależnym był mniéj lub więcéj od dawki wprowadzonego pod skórę rozczynu, t. j. im większą była dawka, tém znaczniejszém było rozrzedzenie, chociaż, należy zauważyć, fakt ten występował zaledwie w ogólnych zarysach, w większości doświadczeń, ale nie we wszystkich. Że po wprowadzeniu znacznych ilości roztworu solnego do organizmu zjawiło się rozrzedzenie krwi, tego można było oczekiwać naprzód; lecz oprócz dowodów rozwodnienia w pierwszym okresie mamy zjawiska nieoczekiwane i dość ciekawe. Pierwsze z nich to, że ilość ciałek bezbarw-

[1]) O podskórném wstrzykiwaniu itd. Przegląd Lek., 1887, Nr. 33—35. [2]) *Uiber Hydrämie und hydrämisches Oedem. Virchows Archiv*, 1877, T. 59, str. 169. — [3]) O wlijami na oberkrowlennyj organizm wliwania powarennoj soli itd. Dyssert. Petersburg, 1884.

nych zwiększa się bezwzględnie, nieraz bardzo znacznie (np. w 1mm.sz. z 17.000 do 22.000); fakt ten występuje nieco później niż pierwsze oznaki zmniejszenia ilości ciałek czerwonych. W skutek obu tych zjawisk zwiększa się znacznie i stosunek ilości białych i czerwonych (np. z 1:589 do 1:243). Co do drugiego zjawiska, to chociaż zawartość soli we krwi zwiększa się, co należało przypuszczać z powodu dowozu chlorku sodu, to zwiększenie to jest zawsze prawie jednakowém mimo różnych ilości wprowadzonego pod skórę rozczynu i przez to soli kuchennéj. Zwiększenie to jest także nieznaczne i równa się 0·038% do 0·039%. Oczywiście przy pewnym stopniu rozwodnienia krew może zawierać pewną tylko większą ilość soli nieorganicznych. (Dok. nast.)

II. O laparotomii jako srodku leczniczym w niedrożności jelit.

Podał Prof Dr. Obaliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Stanowczo zgadzam się na wyczekiwanie tam, gdzie rozpoznać możemy niedrożność funkcyjonalną powstałą najczęściéj w następstwie zapalenia jakiegoś pojedynczego trzewa, jak np. kątnicy (*peri et paratyphlitis*), macicy, jajnika itp. Ja sam rozporządzam już szeregiem 12 przypadków, w których wezwany do narady, czy przedsięwziąć operacyję, zadecydowałem leczenie wyczekujące; z nich trzy zakończyły się śmiertelnie. W tego rodzaju przypadkach polecam za radą angielskich lekarzy morfin podskórnie a beladonę wewnętrznie, tę ostatnią w małych lecz często się powtarzających dawkach (1cg. co 2 godziny). Co do chirurgów, którzy jeszcze obecnie zalecają jako główną metodę enterostomiję, a laparotomiję tylko w pewnych nader korzystnych przypadkach, to tyle mam do nadmienienia, że ja wcale enterostomii nie odrzucam, przeciwnie nawet ją kilkakrotnie sam wykonałem, lecz na podstawie mego doświadczenia polecam ją nie jako główne postępowanie w przypadkach niedrożności jelit a raczéj jako *ultimum remedium* tam, gdzie przyczyna usunąć się nie da bądźto dla warunków miejscowych, jak np. bardzo rozszerzony nowotwór, bądźto dla okoliczności natury ogólnéj, jak np. brak sił u chorego. W ten sposób wykonaną enterostomiję nazywam racyjonalną, albowiem wykonywam ją zmuszony okolicznościami i w miejscu najodpowiedniejszém, podczas gdy enterostomija wykonana bez poprzedniéj laparotomii zawsze będzie operacyją przypadkową, albowiem w pierwszém lepszém miejscu jelita, które nam się w ranie pokazało. Laparotomija jako taka z pewnością nie przyczyni się do powiększenia śmiertelności, tylko usiłowania usunięcia stosunków wywołujących niedrożność; dla tego powinno się wykonać laparotomiję celem rozpatrzenia się w tych stosunkach, a jeżeli siły chorego są dostateczne i jest nadzieja szybkiego usunięcia przeszkód, to byłoby naganném tego nie uczynić, w przeciwnym zaś razie należy założyć odbytnicę sztuczną w miejscu najodpowiedniejszém. Osobliwie dobrze obliczać się należy z siłami chorego tam, gdzie wypadnie robić kolistą resekcyję jelita z następową enterorafiją; jestto bowiem operacyja długa i żmudna. Doświadczenie moje poczyło mnie, że gdybym był w przypadkach Nr. 22, 23 i 26, zamiast zabrania się do usuwania przyczyn tamujących drożność jelita, założył sztuczny odbyt, byłbym wiele przypadków, w których przez laparotomiję osiągnąłem wyleczenie, naraził na powtórną operacyję a może nawet i na śmierć, bo przecież i enterostomija częstokroć pociąga za sobą zejście śmiertelne, a wcale już ochronić nie może od śmierci przypadku, gdzie pętla jelitowa uwięźniętą jest wewnątrz jamy brzusznéj.

Tak więc oparty na własném obfitém doświadczeniu wyrobiłem sobie, jak na teraz, następujące normalne postępowanie, które bardzo ułatwia rozpatrzenie się i rozstrzyganie w pewnym danym przypadku, co témbardziéj jest pożądaném, ile że te przypadki wydarzają się najczęściéj jako prawie nagłe, wymagające szybkiéj pomocy.

Przedewszystkiém kładę wielką wagę na wywiady, bo przez nie stwierdzić mamy następujące ważne rzeczy:

1. Jak dawno trwa obecne cierpienie?
2. Czy ono rozpoczęło się zwolna czy nagle?
3. Czy stan taki występuje po pierwszy raz lub czy téż się już powtarzał?
4. Czy nie było chorób do tego usposabiających a przed innemi czy nie było duru brzusznego, zapaleń otrzewny, jelit itp.
5. Czy nie było przyczyn bezpośrednich, jak np. uderzenia, gwałtownego przeziębienia, objedzenia rzeczami trudno strawnemi lub wreszcie czy nie była odprowadzoną przepuklina?
6. Czy są w ogóle bóle, a jeżeli są, to jakiego rodzaju?
7. U kobiet nadto: jak się zachowuje regularność i czy nie ma ciąży?

Wprawdzie wydarzają się przypadki, w których wszystkie pozory będą przemawiać za sprawą nagłą a znajdziemy chroniczną lub odwrotnie, jak to nas najlepiéj poucza przypadek opisany pod Nrem 27ym, wyjaśnienia jednak otrzymane na powyższe pytania nadadzą w bardzo wielu przypadkach kierunek tokowi myśli i przyczynić się mogą niepospolicie do rozpoznania, które przeważnie opierać się winno na badaniu fizycznem.

To ostatnie powinno obok stwierdzenia

8. stanu sił chorego i obecności lub nie podwyższenia temperatury ciała stwierdzić:
9. kształt brzucha i stopień jego wzdęcia. Kształt kulisty przemawia więcéj za niedrożnością powyżéj kątnicy, kształt zaś więcéj czworoboczny za przeszkodą w dolnym odcinku kiszek grubych. Wielkie wzdęcie każe przypuszczać sprawę nagle i ostro przebiegającą; mniejsze zaś chroniczną.
10. Wybitne cieniowanie się rozdętych jelit przez powłoki brzuszne powinno zwracać uwagę na to, że jest jakaś mechaniczna przeszkoda; objawu tego nie spostrzegamy najczęściéj, jeżeli niedrożność jest funkcyjonalna.
11. Dokładne wymacywanie i wypukiwanie brzucha jest bardzo ważném, gdyż wyszukanie guza bolesnego może nadzwyczaj ułatwić rozpoznanie.
12. Wymioty są tylko tak jak i brak stolca i wiatrów objawem niedrożności jelit w ogólności, nie daly mi jednak nigdy sposobności do rozstrzygnięcia w niepewnych przypadkach nad to, że bardzo częste wymioty świadczą o wysoko położonéj przeszkodzie.
13. Brak lub bardzo skąpa ilość moczu naprowadzać powinny na możebność zapalenia otrzewny.
14. Badanie palcem kiszki stolcowéj dać może czasem bardzo pożyteczne wskazówki.

W ten sposób postępując możemy zaledwie w jednéj trzeciéj części przypadków rozpoznawać na pewno, w dwóch innych zaś będziemy niezdecydowani, czy mamy przed sobą tego lub innego rodzaju niedrożność, albo czy przeszkoda

znajduje się w tém lub owém miejscu, ba nawet czy w ogólności przypady te wywołane są rzeczywistą niedrożnością jelita albo tylko stanem porażennym ich ścian.

W takichto przypadkach radzę postępować jak następuje: Ponieważ długa obserwacyja mało kiedy przyczynia się do rozjaśnienia a najczęściéj prowadzi do straty kosztownego czasu, radzę jak najprędzéj przystąpić do laparotomii rozpoznawczéj. W tym celu rozcinam warstwowo ścianę brzuszną w linii białéj tyle tylko, aby zaledwie przesunąć można było rękę prawą a więc na 8—10cm. Cięcia w innem miejscu wskazane są tylko tam, gdzie rozpoznanie jest pewném tak co do rodzaju niedrożności, jakotéż i jéj umiejscowienia.

Szukanie przeszkody powinno się odbywać z wielką oględnością a to dla tego, że między przyczynami niedrożności dosyć częstą odgrywa rolę przebicie się wrzodu jelita do worka przepuklinowego, które nie zawsze wywołuje zapalenie ogólne, lecz czasem tylko ograniczone; wypuszczenie zatém wypociny ropnéj otorbionéj do reszty worka przepuklinowego byłoby zgubném. W poszukiwaniach tych powinniśmy się zwracać ku obydwom najczęstszym siedzibom niedrożności, t. j. do kiszki esowatéj i do kątnicy starając się wyczuć, czy w pobliżu nich nie znajdziemy jakiegoś niezwykłego oporu; po drodze zaś staramy się odszukać jelito zapadnięte, t. j. poniżéj przeszkody leżące. Po niém posuwamy się ku górze aż do miejsca, gdzie jelito jest rozszerzone a w tém miejscu znajdziemy przeszkodę.

Wszystko to da się względnie łatwo wykonać, jeżeli jelita nie są powyżéj przeszkody za nadto rozszerzone, w takim bowiem razie trzeba jednę ich część wydobyć na zewnątrz, co znowu utrudnia wprowadzenie ich napowrót do jamy brzusznéj. W takim razie najlepiéj jest naciąć jelito na zewnątrz dobrze wydobyte w poprzek, wypuścić gazy i kał do podstawionéj tacki a zaszywszy je i oczyściwszy nazad wprowadzić do jamy brzusznéj.

Tak odszukaną przeszkodę rozpatrujemy celem ocenienia, czy ona da się w ogóle usunąć a jeżeli tak, to znowu czy łatwo. W ostatnim razie wykonywamy to od razu, aby nie tracić czasu, w przeciwnym razie zastanawiamy się, czy siły chorego wystarczają na zabieg dłuższy, jak np. resekcyję kolistą jelita z następową enterorafiją. Jeżeli nie lub jeżeli wcale niemożebną jest rzeczą przeszkodę usunąć, zakładamy sztuczną odbytnicę nacinając jelito tuż nad przeszkodą i przyszywając brzegi rany jelitowéj do brzegów rany brzusznéj.

W razie gdyby po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się wybitne zapalenie otrzewny, to należy nam się zastanowić, czy ono jest samoistném, czy też następowém, t. j. że przystąpiło albo do jakiéjś przeszkody mechanicznéj tamującéj krążenie kału w jelitach, albo do wrzodu, który się przebił do jamy brzusznéj. W pierwszym razie trzeba się starać jak najprędzéj operacyję ukończyć, gdyż chorzy bywają w skutku zapalenia otrzewny bardzo osłabieni; tylko łatwe przeszkody usuwa się doszczętnie, trudniejsze pozostawia się *ad feliciora tempora* zakładając tymczasowo sztuczną odbytnicę. W drugim razie trzeba koniecznie odszukać otwór w jelicie, odświeżyć jego brzegi i zaszyć a dopiero należycie otrzewnę oczyścić. W tym ostatnim celu jak w ogóle do manipulacyj wśród jamy brzusznéj używam 3% rozczynu kw. borowego nieco ogrzanego.

Sposób zamknięcia jamy brzusznéj nie jest tak obojętnym. Ja zaszywam otrzewnę ścienną osobnym szwem kuśnierskim z katgutu, następnie zbliżam mięśnie brzuszne za pomocą szwów płytkowych a w końcu zaszywam skórę kilkoma szwami węzełkowemi z mocnego jedwabiu. Sposobowi temu, który oddziela mi zupełnie jamę otrzewnową od jamy zewnętrznéj, zawdzięczam uratowanie kilku chorych; a już najdobitniéj pokazało się to w owym słynnym przypadku podwójnéj laparotomii (Nr. 36 i 37), gdzie pomimo nagromadzenia cuchnącéj ropy w ranie brzusznéj nic zakaźnego nie dostało się do jamy otrzewnowéj. Największy jednak nacisk kładę na przestrzeganie jak najściślejsze prawideł antiseptyki, dla tego też sądzę, że operacyje takie najlepiéj udają się w dobrze urządzonych zakładach, gdzie sala utrzymywaną w stanie aseptycznym, asystenci wyćwiczeni i z metodą obznajomieni, posługa w zasadach aseptyki wytresowana. Tylko w bardzo zamożnych domach można sobie warunki takie w przybliżeniu na razie stworzyć, mniéj zamożnych a nawet średnio zamożnych powinniśmy się starać operować w zakładach. Zarzut czyniony, że zakłady te nieraz są zanadto oddalone, staje się bezpodstawnym w obec mojéj statystyki, która wykazuje, że właśnie najlepiéj zakończone przypadki jak Nr. 1, 16, 17 i 36 sprowadzone były do zakładu o mil 30, 40 a nawet 60.

W końcu pozostaje mi jeszcze dodać, że w tych przypadkach, w których dla różnych przyczyn nie możemy resekować jelita na rozległéj przestrzeni zwężonego, byłoby o wiele korzystniéj, zamiast założenia sztucznéj odbytnicy powyżéj tego miejsca połączyć jelito powyżéj położone z kiszką poniżéj położoną a przez to wykluczyć zupełnie miejsce zwężone tak, jak to opisuje H a c k e r w Nrze 17 i 18 *Wien. klin. Woch.*, z b. r. pod nazwą e n t e r o - e n t e r o s t o m i i lub e n t e r o a n a s t o m o z y. W ten sposób postępując mógłbym był w przypadkach opisanych pod Nrem 24 i 30ym uniknąć enterostomii a w 21szym zadosyćuczynić wskazaniu. Tak więc i ta okoliczność przemawia za laparotomiją próbną, gdyż tylko ona umożebnia bliższe rozpatrzenie się w tych szczegółach, których przed operacyją przewidzieć nie możemy.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra M. Madurowicza.

Przypadek pęknięcia dobrowolnego macicy podczas ciąży i wydobycia płodu przez laparotomiję w sześć tygodni później.

Skreślił Dr. Stanisław Braun,
I. Asystent tejże kliniki.

Po raz trzeci wydobyto płód przez powłoki brzuszne w bieżącym roku szkolnym w maju 1888 r. u Fany Traubnerowy 38 lat liczącej, zamężnéj, z Zasani pochodzącej, która przyjęta w ostatnich dniach maja podała, że pierwsza regularność wystąpiła w 19 roku życia, powtarzała się co 4 tygodnie, trwała 5 do 6-ciu dni, była zawsze niebolesną w skąpej ilości, ostatni raz przed 10-ciu miesiącami. Rodziła 9 razy, wszystkie porody były prawidłowe, ostatni raz przed 3 ma laty — obecnie również ma być w ciąży, pierwsze ruchy płodu poczuła w 5 miesiącu, nie czuje ich atoli od 6-ciu tygodni, od 2-ch tygodni wydziela się w znacznéj ilości mocno cuchnąca ropa przez pępek i ze szpary sromowéj, od chwili ustania ruchów płodu nie czuje się tak dobrze jak w poprzednich miesiącach ciąży, przeciwnie czuje się znacznie osłabioną, ociężałą, straciła apetyt, wśród ruchów czuje przesuwanie się płodu jakby jakiegoś ciała dużego z boku na bok, a od chwili pokazania się ropy występują pod wieczór mocne dreszcze, ból głowy, silne pragnienie, które ją trapi całemi dniami. Wywiady w kierunku, aby się dowiedzieć, dla czego ustały ruchy płodu, a szczególnie z jakiéj przyczyny pokazała się ropa, dały wynik ujemny, chora ani nie upadła, ani się nie uderzyła, ani nie omdlała, krwawienia ze sromu

również nie zauważyła, stolec oddawała zawsze prawidłowo, od czasu pojawienia się ropy, mocz oddawała mimowolnie.

Badanie przedmiotowe wykazało: Kobieta wzrostu średniego, bez obrzęku koło kostek, odżywienie nędzne, skóra cienka, żółta, skąpą warstwą podściółki tłuszczowéj podszyta, sucha, oczy lśniące, twarz zapadła, lica mocno zaczerwienione, język suchy mocno obłożony, ciepłota ciała podniesiona (40·5) tętno drobne, nikłe, nieregularne, 140 uderzeń na minutę, sutki wiotkie, obwisłe, miernej objętości, staremi bliznami pokryte, wydzielają podczas ucisku kléj ciężarnych. Brzuch wzdęty najwięcej w kierunku poprzecznym około pępka, mniej pod pępkiem, powłoki brzuszne w okolicy pępka lekko nacieklé, bliznami poporodowemi opatrzone, dają się z łatwością w fałd ująć, w okolicy pępka na wielkość dłoni sino zabarwione, tam znajduje się też otwór wielkości prosa, z którego wydobywa się ciecz ropna cuchnąca, przez który sonda wprowadzona napotyka w głębi na opór.

Podczas obmacywania, można wyczuć nad spojeniem łonowém guz wychodzący dość smukło z miednicy małéj, rozchodzący się więcéj ku stronie lewéj niż ku stronie prawéj, kształtu nie wyraźnie jajowatego, miejscami twardszy, miejscami miększy, oddalony górną swoją granicą na szerokość ręki od wyrostka mieczykowatego, o powierzchni równéj, przy ucisku lekko bolesny, z boku na bok nieprzesuwalny. Głębiéj macając można wybadać w tymże guzie nad pachwiną prawą jakiś opór twardszy, niedający się jednak bliżej oznaczyć, sięgający na 3 palce po nad tę pachwinę, po nad którą w okolicy pępka, również dają się wybadać jakieś części twardsze niedające się bliżej oznaczyć. Wypuk w linii środkowej od spojenia łonowego do pępka bębenkowy, chełbotania nigdzie nie ma wyraźnego, przysłuch daje wynik ujemny.

Części rodne zewnętrzne wyprzane od ropy rzadkiej cuchnącej wypływającéj dosyć obficie z pochwy, przedsionek szaro różowy, ujście cewki moczowéj prawidłowe, wejście do pochwy wąskie otoczone strzępkami błony dziewiczej, zasłonięte tylną ścianą pochwy sino zabarwioną, ciepłota pochwy podwyższona, pochwa wydłużona o ścianach gładkich, przesuwalnych, mocno rozpulchnionych, część pochwowa wysoko umieszczona, stanowi rąbek pierścieniowaty na $^1/_2$ cm. długi, z wrębem po stronie lewéj o brzegach tworzących szparę poprzeczną, przez którą koniec palca wprowadzić można.

Badając oburęcznie, wybadać można po stronie prawéj jakby dalszy ciąg części pochwowéj, potém zarysy gubią się w obrzęku nad pachwiną prawą. Sklepienie przednie wolne, tak samo prawe, przez tylne sklepienie wybadać można jakieś ciało rozlane, nieruchome, o powierzchni falistéj, nad którém ściany pochwy są przesuwalne. Po stronie lewéj wybadać można ten sam obrzęk co nad spojeniem łonowém. Palec wyjęty mocno obłożony ropą rzadką i strzępkami włóknika. Za pomocą wziernika stwierdzono pochwę szaro różową cieczą ropiastą obłożoną, gładką, pulchną, część pochwową w postaci drobnego czopka z ujściem poprzecznėm, od lewego brzegu tegoż biegnie blizna w tył. Tak samo znajdują się na tylnéj wardze blizny; z ujścia wydobywa się ciecz ropiasta. Sonda wprowadzona w kierunku ku górze wchodzi z łatwością i nie napotyka znaczniejszego oporu, nawet gdy ją wprowadzono w całéj długości aż po rękojeść.

Dla przekonania się o istniejących stosunkach, ewentualnie w celu wydobycia płodu i popłodu, jako też zmniejszenia ropienia, przystąpiono z końcem maja r. b. przedewszystkiem do laparotomii. Rozpoznanie było trudne i wahało się pomiędzy *peritonitis saccata* i ciążą, lub ciążą zamaciczną, ze zropieniem płodu i przebiciem się ropy ku pępkowi i pochwie.

Po dokładném obmyciu ropy z powłok brzusznych i sromu i zachloroformowaniu chorej, rozcięto powłoki brzuszne w linii środkowéj od pępka do spojenia łonowego. Pod skórą znaleziono nieznaczny pokład tłuszczu, pod którym w téj saméj długości rozcięto zupełnie jednę całość z otrzewną tworzące ściany, na przecięciu $^1/_2$ cm. grube, w środku ciemno-brunatno zabarwione, dużéj jamy, na prawo szerszéj kątowatéj, o powierzchni gładkiéj, powleczonéj nalotem błonicowym, a wypełnionéj ropą i miazgą tkaniny nekrotycznéj, wśród któréj leżał płód w położeniu poprzecznėm drugiém grzbietowém z główką ułożoną niżéj w zaułku jamy ku tyłowi zwróconym. Płód płci męskiéj dobrze rozwinięty, zmacerowany i obłożony ropą z resztkami rozpadających się błon płodowych wydobyto za pośladki, a przy pępku tegoż stwierdzono na 14cm. długi sznurek szary, spłaszczony, rozpadający się jako pozostałość pępowiny, któréj dalszego ciągu i łożyska w téjże jamie odszukać nie można było. Po wypuszczeniu ropy przepłokano całą jamę 3% ciepłym kwasem borowym, a przy bliższém jeszcze raz oglądaniu téj jamy znaleziono wszędzie ściany jéj gładkie bez otworków, na prawo w tyle i ku dołowi wyraźny zaułek, w którym leżała główka, o powierzchni również gładkiéj, wszędzie ślepo się kończącéj. Przed i poniżéj tego zaułka spostrzeżono lejkowate ścieśnienie jamy dla palca drożne a po wprowadzeniu palca do pochwy stwierdzono obok znacznego teraz pomniejszenia się oporu w tylném sklepieniu, że palec przeprowadzony przez przewód szyjki macicznéj zupełnie gładkiéj wchodził przez owo lejkowate zacieśnienie do téjże jamy.

Po oczyszczeniu dokładném pochwy i téj jamy kwasem borowym przeprowadzono dren z gazy jodoformowéj, którego jeden koniec wypuszczono przez szyjkę do pochwy, drugi zaś koniec przez ów lejek i dolny kąt rany brzusznéj. Ściany jamy zespojono szwem ciągnącym katgutowym, poczém zespojono powłoki brzuszne trzema szwami głębokiemi jedwabnemi i powierzchownym szwem jedwabnym, w skórze zostawiając tylko otwór w ścianie jamy i w powłokach brzusznych na dren, na to założono opatrunek z gazy jodoformowéj. Uśpienie chora zniosła dobrze, operacyja trwała tylko 45 minut. Po przebudzeniu się była chora niespokojną, rzucała się, chciała wstawać, mówiła od rzeczy tak, że tylko przemocą można ją było utrzymać w łóżku. Tego samego dnia pod wieczór ciepłota się obniżyła i wynosiła 37·5, tętno 120 uderzeń na minutę. Przebieg po operacyi był następujący:

W pierwszych dniach wydzielanie się ropy mocno cuchnącéj było tak obfite, że już drugiego dnia musiano wyjąć gazę jodoformową, a założywszy dwa dreny do téjże jamy w brzuchu przez dolny kąt rany i przez pochwę przestrzykano 3% ciepłym kwasem borowym; w ten sposób postępowano codziennie, a wydzielanie ropy dopiero znacznie się zmniejszyło w trzy tygodnie po operacyi. Przez cały ten czas chora nie gorączkowała, tętno wahało się między 112 a 120, język znacznie się oczyścił i stał się wilgotnym, chora zaś zachowywała się ciągle niespokojnie, mówiła od rzeczy, krewnych i znajomych nie poznawała, z łóżka ciągle uciekała, opatrunek i dreny z pochwy wyrzucała i podczas gdy przez pierwsze trzy tygodnie choć ze wstrętem, ale sama pokarmy brała, to od czwartego tygodnia, ani groźbą, ani prośbą nie dała się nakłonić, ażeby wziąć przynajmniéj parę łyżek rosołu lub wina. Pokarm wlewany do ust sztucznie rozwartych, przy zamkniętym nosie zatrzymywała przez dłuższy czas w ustach i wypluwała zawsze w stronę osoby karmiącéj, z tego powodu zmuszeni byliśmy żywić chorą za pomocą zgłębnika elastycznego przeprowadzonego przez nos, przyczém wlewano dobre rosoły z jajem, bulijon, mleko i wino. Po kilku dniach takiego żywienia, chora przez niejaki czas brała pokarmy sama, częściéj atoli musieliśmy uciekać się do sztucznego karmienia powyższym sposobem. Odżywienie bowiem choréj bardzo podupadło, skóra stała się bardziéj żółtą, podściółka tłuszczowa zupełnie znikła, a na odnogach około kostek wystąpił lekki obrzęk surowiczy. Rana w brzuchu zagoiła się przez rychłozrost, dziesiątego dnia po operacyi wyjęto szwy głębokie, szesnastego szwy powierzchowne. W skutek szamotania się, krzyczenia na całe gardło podczas sztucznego karmienia, otwór w dolnym kącie rany, przez który dren przechodził znacznie się powiększył, tak, że z czasem wygodnie można było przeprowadzić 3 palce, któremi można było wybadać dokładnie całe wnętrze jamy, która znacznie się zmniejszyła, ściany jéj na wewnętrznéj powierzchni zupełnie się oczyściły, nalot błonicowy zeszedł zupełnie a całe wnętrze wyścielone było błoną gładką, bladoróżową, skąpą ilość cieczy surowiczo ropnéj wydzielającą.

Dnia 25 czerwca 1888 r. brzegi otworu czyste wprawdzie blade, ale różowemi ziarninami pokryte zespojono 3ma szwami dla ułatwienia zrośnięcia się brzegów. Pomimo karmienia dwa razy dziennie mocnemi rosołami, bulijonem z jajem, winną polewką, dobrém winem, siły choréj bardzo szybko upadały, tak że 12go lipca o godzinie 3éj po południu życie zakończyła z powodu ogólnego wyniszczenia.

Przy sekcyi dokonanéj dnia następnego znaleziono macicę wielkości prawidłowéj, znacznie w ścianach swoich stłuszczoną, zgiętą ku przodowi, pękniętą po prawéj stronie w szyjce na granicy między trzonem a szyjką, w miejscu pęknięcia otwór wielkości centa, przez który palec wprowadzony od pochwy przechodzi po ścianach gładkich do jamy w brzuchu umieszczonéj z przednią ścianą jamy brzusznéj wszędzie zupełnie zrośniętéj, to samo z tyłu z jelitami i siecią. Otrzewna jelit i powłok brzusznych barwikiem krwi ciemno zabarwiona, jelita między sobą zrośnięte, za ową jamą otorbioną i za tylną ścianą macicy utrzymana jama Douglasa, w któréj stwierdza się postronki cienkie, łączące tylną ścianę macicy z tylną ścianą miednicy. Otwór w pępku zabliźniony komunikował z jamą brzuszną a nie z jamą otorbio; ą, przez któréj górny brzeg przebiegało kilka otworków z jamy brzusznéj do owéj jamy. W innych narządach stwierdzono znaczny stopień niedokrewności i zwyrodnienia tłuszczowego, w narządzie moczowym zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych ropne.

Kolejność następstw w tym przypadku dałaby się w ten sposób zestawić: W drugiéj połowie ciąży, wnioskując z rozwoju wydobytego płodu, prawdopodobnie w ósmym miesiącu księżycowym pękła dobrowolnie macica z niewiadomych dla nas przyczyn, jajo płodowe wyszło do jamy brzusznéj i sprowadziło śmierć płodu i zarazem zapalenie ropne otrzewny, potworzyły się ropnie wśródotrzewnowe, z których jeden przebił się przez pępek na zewnątrz, inne do worka płodowego, tu sprowadziły zropienie błon płodowych i łożyska, następnie przedostała się ropa przez szyjkę do pochwy na zewnątrz a w skutek zetknięcia się pęcherza z ogniskiem ropy powstało zapalenie ropne pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych.

IV. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane cierpieniem cewki.

Skreślił Dr. M. Misiewicz,
właściciel lecznicy miasta Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

W ogóle symptomatologija i pochodzenie moczówki mało jest dotychczas rozjaśnionem i od czasu podziału Sauvagesa i Franka (1792) na *diabetes mellitus* i *diabetes insipidus* mało posunęliśmy się naprzód z wiadomościami w patologii tych chorób. Przez *diabetes insipidus* rozumiemy zwiększone wydzielanie moczu, wolnego od cukru lub białka, które się dłuższy czas utrzymuje, nie zależy od zwiększonego przyjmowania płynów, a ostatecznéj jego przyczyny szukać należy począwszy od dna komórki czwartéj aż do otworu zewnętrznego cewki. Rozróżnić też należy postać tego zboczenia, nazwaną przez Benedego *„polydypsia"*, zależną od zwiększonego pragnienia, a następnie i obfitszego użycia napojów. Od czasu poszukiwań Kl. Bernarda wiadomém jest, iż nakłócie dna komórki czwartéj, w pewném dosyć ściśle oznaczóném miejscu, a mianowicie, między punktem wyjścia n. błędnego i n. słuchowego, wywołuje moczówkę i zarazem cukromocz. Również znanym jest objaw występowania cukromoczu i moczówki przy pewnych zmianach ośrodków nerwowych, wzgl. zwiększone wydzielanie się pierwiastków azotowych moczu (Azoturia), o czém niejednokrotnie miałem sposobność przekonania się, a to w słabych odmianach cukromoczu, wyleczonego wyłączném pożywieniem mięsném. W okresie wrzekomego wyleczenia z téj choroby spostrzegałem w moczu znacznie powiększone ilości mocznika (nieraz 40 gr. na dobę, a zatém blisko 4%, co stanowi zdwojenie ilości prawidłowéj, nieprzekraczającéj 2·5%) i blisko 1 gr. kw. moczowego (zamiast 0·4 gr.), a zatém objawy wysoko rozwiniętéj azoturyi. U innego diabetyka znowu, który wydzielał półczwarta litra moczu z 5% cukru po wyleczeniu cukromoczu (w Karlsbadzie), pozostało również silne zgęszczenie moczu, a ilość stałych części wydzielana przez jednę dobę z ustroju dosięgała 100 gr., a zatém 36% więcéj niż najwyższa ilość spostrzegana w stanie fizyjologicznym.

Jeśli po ukłuciu dna komórki czwartéj (*piqûre* Kl. Bernarda) nie występuje cukromocz, to zjawia się za to zawsze moczówka. Przecięcie zaś rdzenia szyjnego aż do 7go kręgu sprawia, że wydzielanie moczu zostaje zupełnie powstrzymaném. Co się tyczy nerwów obwodowych, to wiadomém též jest, że po przecięciu nerwów otaczających nerki, a także n. trzewowego, wydzielanie moczu się zwiększa, podczas gdy drażnienie n. trzewowego wywołuje zmniejszenie się jego ilości. Tą drogą wykazano, że ośrodek nerwów naczynioruchowych, pośredniczących w wydzielaniu moczu, leży na dnie komórki 4éj, powtóre, że większe wydzielanie moczu zależy od większego rozszerzania się naczyń doprowadzających, przez co zwiększa się parcie w kłębkach, a tém samém przesącza się większa ilość płynów; twierdzono też, że wydzielanie jest tém większe, im rozszerzenie naczyń więcéj ogranicza się do samych nerek (Landois). W stanach fizyjologicznych ilość wydzielanego moczu nie jest jednakową i waha się między 1000—1400cm.sz. na dobę, czasami przekracza tę liczbę, co głównie zależy od ilości wypitych płynów, stosownie do ich jakości; i tak po napojach podniecających, lub zawierających kwas węglowy ilość moczu się zwiększa, po użyciu zaś rozczynu np. chlorku sodu ilość ta się zmniejsza. Spostrzeżono też, że przy ożywionym lub podnieconym nastroju umysłu znacznie więcéj wydziela się moczu a przeciwnie znacznie mniéj przy usposobieniu zgnębionem jak to ma miejsce przy strachu, w obec wielkiéj odpowiedzialności (przy wchodzeniu w niepewne przedsiębiorstwa) i strat materyjalnych, nieszczęśliwéj gry na giełdzie, śmierci ukochanych osób i t. d. Różnicę między piciem a wydzielaniem moczu wyraźnie też spostrzegamy w stanach chorobowych, zwłaszcza gorączkach. Tu stale zmniejsza się wydzielanie moczu (Liebermeister), a po ustąpieniu gorączki na pewien czas wzmaga się znacznie. Wyjątek w tym względzie stanowi epidemiczne zapalenie opon mózgowych, w którém, mimo zwiększonéj gorączki, spostrzegano zwiększone wydzielanie moczu (Ziemssen). Okazuje się więc, że w ustroju mogą się zatrzymywać raz mniejsze to znowu większe ilości wody, a to na czas krótszy lub dłuższy, co jednak nie wywołuje w nim ważniejszych zaburzeń, gdyż nadmierne ilości w krótkim czasie mogą być wydalone; lecz są przypadki, w których mogą wystąpić zaburzenia w krążeniu wody w ustroju, których powstanie wyprowadzać należy ze zboczeń w czynnościach nerwów.

Przypuszczając to i wracając do opisanego przezemnie przypadku moczówki, przedewszystkiém wykluczę zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych, gdyż nie było żadnych objawów, któreby usprawiedliwiały ich obecność, a powtóre zmiany w ośrodkach tak spiesznieby nie ustępowały, jak to miało miejsce u mojéj choréj. Nie mogę też odnieść zwiększonego wydzielania moczu do płynów wypitych w najbliższym czasie, ani też do zboczeń w nerkach z powodu ujemnego wyniku badania moczu, ani do zboczeń

w czynności serca. Obecność fosforanów przemawia tu raczéj za ogólną niedomogą nerwową (*Neurasthenia*), opartą na złém i niedostateczném odżywianiu gałęzi nerwowych z powodu niedokrewności lub blednicy. Przyczyny, która wywołała tu nerwicę w postaci moczówki, szukać należy w zmianach przedsionka i cewki moczowéj; mianowicie w obrzęku i nieżycie otworu jéj zewnętrznego, w nadczułości warg sromnych wewnętrznych i łechtaczki, wywołanych prawdopodobnie samogwałtem. Jak u mężczyzny obręb nadczułości (*area sensitiva*) mieści się w okolicy krokowéj, przy otworach wywodów wytryskowych i w splotach nerwowych główki koguta, tak u kobiety *area sensitiva* ma siedlisko w błonie śluzowéj przedsionka, od łechtaczki aż do mięśnia opuszkojamistego i zdziergacza pochwy, a w tym obrębie mieści się i otwór cewki. Drażnienie tego odcinka, wywołane bądź prostym nieżytem i obrzękiem zapalnym, bądź guzem lub pasorzytami, lub wreszcie drogą mechaniczną (samogwałt), wywołać może na drodze zwrotnéj zmienione krążenie w nerkach, resp. zwiększone wydzielanie moczu (*Polyuria reflectoria*). Wiemy, że splot podbrzuszny (ze współczulnego) wzmożony włóknami zwoju krzyżowego i splotu sromowego dostarcza gałązek nerwowych dla macicy i tworzy na szyjce tego narządu bardzo obfitą we włókna sieć nerwową, oddającą liczne gałęzie komunikacyjne do przedsionka i łechtaczki. Tenże *hypogastricus sympathici* łączy się ściśle, prócz splotu sromnego i krzyżowego, ze splotem lędźwiowym, a więc z całym układem nerwów mlecza, łatwo więc wytłumaczymy sobie, dla czego drażnienie obwodowych zakończeń nerwowych w przedsionku i jego narządach, bądź sprawami zapalno-nieżytowemi, bądź uciskiem, lub innemi jakiemikolwiek bodźcami, wywołać może najróżnorodniejsze nerwice, nietylko w obrębie moczopłciowym lecz i w miejscach od niego oddalonych. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Groedel (Nauheim): **O chorobach serca w przebiegu uwiądu rdzenia.**

W r. 1879 ogłosili Rosenbach i Berger (*Berl. klin. Woch.*) 7 przypadków wiądu rdzenia, w których równocześnie istniała niedomykalność zastawek aorty, bez dalszych wyjaśnień. W rok potém dodał do nich Anjel 5 przypadków takich samych. Od owego czasu zaczął G. mając w wymienionym zakładzie kąpielowym często sposobność leczenia i spostrzegania wiądu rdzenia, zwracać na ten szczegół większą uwagę. Od r. 1875 do r. 1879, t. j. w okresie, w którym nie zwracał jeszcze na ten szczegół uwagi, miał na 43 chorych dotkniętych wiądem rdzenia zaledwie jednego z niedomykalnością i zwężeniem zastawki dwudzielnéj na tle gośćca stawowego przed 13 laty przebytego; u jednego znowu istniały napady dusznicy sercowéj w przebiegu zapalenia nerek. Od r. 1880 aż do 1887 leczył G. 108 tabetyków, między nimi było 2 z niedomykalnością półksiężycowych zastawek aorty; podstawą jéj zdawała się być kiła, a jeden z niedomykalnością i zwężeniem zastawki dwudzielnéj. Na podstawie téj wcale pokaźnéj cyfry przyłącza się G. do zdania Leydena wypowiedzianego w artykule w Encyklopedyi Eulenburga, że wady na zastawkach serca są tylko przypadkowém cierpieniem wikłającém uwiąd rdzenia; nigdy zaś nie mógł się przekonać, aby, jak to twierdzi Anjel, u tabetyków po gwałtowniejszych ruchach miały powstać szmery nad ujściem aorty, zależne od chorobowego unerwienia serca. Przy téj sposobności opisuje G. dwa przypadki uwiądu rdzenia, w których przychodziło do napadów dusznicy z niewiadoméj przyczyny, może również z chorobowego unerwienia serca. Leyden opisując w *Centralblatt f. klin. Med.* 1887 cztery tego rodzaju przypadki, dodaje, że powikłanie takie należy do bardzo rzadkich. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 20). *H. K.*

Chirurgija.

J. Mikulicz (Królewiec): **Przyczynek do chirurgicznego leczenia wrzodu zwężającego żołądka.**

W leczeniu bliznowatego zwężenia odźwiernika współubiegają się dotychczas resekcyja (Rydygiera) i gastro-enterostomija (Wölflera). Z tych dwóch operacyj sposób Wölflera, jak się zdaje, więcéj się przyjął i autor sam jest w stanie opowiedzieć o własnym przypadku z pomyślnym wynikiem. Mimo to operacyja ta ma dwie ujemne strony: Po pierwsze nie uwzględnia miejscowéj sprawy chorobowéj i nie można jéj zastosować w pewnych powikłaniach, w przedziurawieniach, w krwawieniu z wrzodu zwężającego; powtóre sprowadza często zaburzenia wywołane przez ucisk, wywarty na okrężnicę poprzeczną ze strony pętli jelita, pociągniętéj ponad okrężnicą ku żołądkowi a objawiające się gwałtowną przez godziny trwającą kolką podczas trawienia. Modyfikacyja w celu uniknięcia téj niedogodności, podana przez Courvoisiera i Hackera, polegająca na przeciąganiu pętli jelita nie ponad okrężnicę poprzeczną, lecz pod nią przez otwór w śródjelicin nie przyjęła się. Postępowanie przez autora podane a już raz u żyjącego wykonane, jest wolne od tych zarzutów; polega ono na rozcięciu ściśnionego odźwiernika od zdrowéj części żołądka aż do dwunastnicy i zeszyciu poprzecznem brzegów rany tak, że kąty rany się stykają a punkta środkowe brzegów rany stają się kątami rany. Zanim się zakłada szew, trzeba wrzód, jeśli krwawi lub grozi przebiciem, stósownie leczyć. W wspomnianym przypadku można było w odźwierniku bardzo zwężonym przywrócić światło zupełnie prawidłowe. Chory jednak bardzo osłabiony z powodu krwotoku żołądka, niedającego się powstrzymać, umarł w 50 godzin po operacyi. (*St. Petersb. med. Woch.*, 1888, Nr. 58). *Dr. R. Spira.*

(*H. K.*) Wobec niewielkiéj liczby za życia rozpoznanych a tém mniéj skutecznie operowanych przypadków ropnia mózgu (prof. Ferrier mógł zaledwo 4 przypadki tego rodzaju w literaturze lekarskiéj znaleźć) zasługuje na uwagę **przypadek F. ropnia mózgu po zapaleniu ucha środkowego** się rozwijającego, za życia dokładnie rozpoznany i skutecznie przez trepanacyję wyleczony. Zazwyczaj wykazuje się ropnie w mózgu dopiero przy sekcyi, niekiedy nie ma za życia żadnych objawów, innym razem są wprawdzie objawy mózgowe, mogą one jednak odpowiadać i wielu innym sprawom mózgowym. W przypadku F. istniał lekki niedowład w prawym kącie ust, osłabienie ręki prawéj, zapalenie nerwu wzrokowego, nadto chory wymawiał fałszywe, odmienne słowa, zamiast tych, które chciał powiedzieć. Operacyję wykonał prof. Horsley; w kilka dni po wypuszczeniu sporéj ilości ropy, ustąpiło zapalenie nerwu wzrokowego, ropienie z ucha ustało. Przy badaniu przed operacyją zwracało na się uwagę miejsce na czaszce odpowiadające płatowi skroniowociemieniowemu, przez ropień zajętemu, bolesne przy wypuku. (*Wiener med. Blätter 1888, Nr. 12*).

Choroby dzieci.

Vaughan (Londyn): **Badania doświadczalne nad etyjologiją i leczeniem letniéj biegunki u dzieci.**

Na podstawie licznych badań doświadczalnych dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Najgłówniejszym czynnikiem etyjologicznym biegunki dzieci niżéj 2 lat jest pokarm. Za czynnik współdziałający trzeba uważać podwyższoną ciepłotę powietrza, którą sprzyja wniknięciu zarodków w pokarmy i napoje, wytwarza glebę korzystną dla rozwoju prątków gnilnych, działa przygnębiająco na układ nerwowy i tym sposobem zmniejsza odporność fizyjologiczną. 2) Sztuczne pożywienie powiększa niebezpieczeństwo dla dziecka, raz z przyczyny różnicy między mlekiem kobiecém a krowiém, powtóre dla tego, że mleko podawane dziecku sztucznie zawiera zawsze mniéj lub więcéj zarodków, od których mleko pochodzące z piersi mamki zawsze jest wolne. Przyczyny téj saméj choroby u osesków należy szukać w chorobie matki, w nieczystości lub w zwyczaju dzieci wkładania wszystkiego do ust. 3) Mikrobami, które wywołują u dzieci nieżytową lub śluzową biegunkę, mogą być zwykłe prątki gnilne; te

zaś, które sprowadzają biegunkę surowiczą czyli choleryczną, są chorobotwórczemi w ścisłém znaczeniu i stanowią truciznę chemiczną. 4) Ogólnie dzisiaj wiadomo, że zarodki chorobowe wywołują trucizny chemiczne, które rozwijają silne swe działanie bądźto na układ nerwowy środkowy, bądź téż pierwotnie na tkaniny miejscowe a późniéj dopiero pośrednio wywołują wtórorzędne objawy. Jest prawdopodobném, że każda choroba ma swoisty zarodek i swe właściwe ptomainy. Co do cholery dziecięcéj uważa autor *Tyrotoxicon* za właściwą jéj truciznę. 5) Najskuteczniejsze leczenie zapobiegające rozwolnieniu letniemu polega na ścisłym nadzorze nad pożywieniem i stosunkami higijenicznemi u dzieci w 2ch pierwszych latach życia. 6) W leczeniu choroby powyższéj konieczną jest rzecza wytępienie prątków, sprowadzających nieprawidłowe kiśnienie. Pod tym względem znalazł V. jako bardzo skuteczne: 1 część sublimatu na 24.000 części mleka albo rezorcyn i salicylan sodowy w stosunku 1:200. (*Intern. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 31). *Dr. R. Spira.*

Farmakologija.

Guillery (Saarlouis): **W sprawie sublimatu.**

1. Zachowanie się sublimatu w płynach zawierających białko. Na podstawie badań analogicznych do badań Kocha, wypowiedział pierwszy Mikulicz zdanie, że sublimat w zetknięciu z ciałami białkowatemi traci na wartości swojéj jako lek przeciwgnilny, że zatém nadaje się tylko jako lek odrażający do mycia rąk, narzędzi, pola operacyjnego, a nie rany saméj. Zdanie to podzielają zarówno Koch i Gaffky. W następstwie tego zaczęto szukać środka, któryby dodany do sublimatu przeszkadzał krzepnięciu białka. Nie dawno temu polecił Laplace jako najlepszy, dodatek kwasu winnego, (patrz Przegląd Lek. 1888) Liebreich, sól kuchenną lub salmiak i t. p. W własnych doświadczeniach, robionych w celu sprawdzenia podań różnych lekarzy, przekonał się G., że najlepszym jest pod tym względem salmiak, który dodany nawet do słabego rozczynu sublimatu działa rozpuszczająco na osad tworzący się z sublimatu i ciał białkowatych i zabija dokładnie prątki, koki i ich zarodniki.

2. Czy sublimat jest lotny?

Sprawa ta była długi czas sporną, Hager, prof. Mikulicz i prof. Łazarski (*Wiener Med. Woch.* 1884), utrzymywali na podstawie własnych doświadczeń, że gaza sublimatowa bardzo szybko traci sublimat, utrata ta jest znaczną, że się sublimat ulatnia. Inni sprzeciwiali się temu twierdzeniu. G., opierając się na własnych w tym kierunku robionych badaniach chemicznych oświadcza się za zdaniem pierwszych. W obec tego podnosi słusznie, że niektórzy chirurdzy, którzy jako zwolennicy sublimatu, używają przy operacyjach w wielkiéj ilości gazy i rozczynu sublimatu, nie powinni jeszcze nadto dawać zraszać ściany lub rozpylać sublimatu, jako zdrowiu szkodliwego. Na razie nie czują oni szkody dla zdrowia; należy jednak uwzględnić, że różni ludzie różnie rtęć znoszą, a jeżeli się uwzględni przypadek Zeissla, w którym po zasypaniu oka proszkiem kalomelowym przyszło do objawów zatrucia, to rzeczywiście radzić wypada, aby się ze sublimatem ostrożniéj nieco obchodzili. (*Deutsche Med. Woch.* 1888 Nr. 21). *H. K.*

Prévost i Binet: **Badania doświadczalne nad wpływem środków leczniczych na wydzielanie żółci i nad ich wydalaniem przez żółć.**

Zwierzęta z przetoką żółciową można utrzymać w stanie zdrowia z wykluczeniem tłuszczów, które przechodzą prawie całkowicie z stolcami. Ilość żółci powiększa się nieco z przyjęciem pokarmów. Woda zimna lub letnia w dawce 150—200 cm. p. wywołuje lekki wzrost ilości wydzielonéj żółci. Obfite obmywania zimną wodą, tak gorąco zachwalane w ostatnich czasach przeciw żółtaczce, nie wpływają na wydzielanie żółci.

Różne istoty wprowadzone do żołądka lub pod skórę, dzielą autorowie na cztery grupy: 1) Istoty podnoszące wydzielanie żółci. Tu należy przedewszystkiem żółć sama, następnie mocznik, słabiéj działa terpentyna, będźwinian i salicylan sodowy itd. 2) Istoty wywołujące lekkie i to niestałe zwiększenie ilości żółci (dwuwęglan, siarkan i chlorek sodu, antipyryn, aloes itd.). 3) Istoty wywołujące zmniejszenie wydzielania żółci, jak jodek potasu, kalomel, żelazo, miedź i strychnin. Wreszcie 4) istoty nie wywierające wpływu na ilość wydzielanéj żółci (bromek potasu, alkohol, eter, chinin itd.). Następujące ciała zostają przez żółć wydalane: Terpentyna, kw. salicylowy, bromek i jodek potasu, arszenik, żelazo, rtęć i inne. Wydalenie tych ciał z ustroju drogą żółci jest jednak bardzo nieznaczne. (*Le Progrès médical* 1888 Nr. 25). *A. B.*

Patologija.

Strauss i Wurtz: **Czy można dostać gruźlicy drogą przewodu pokarmowego.**

S. i W. badali na zwierzętach wpływ soku żołądkowego na prątki gruźlicze, w ten sposób, że zakładali im przetoki żołądkowe, badali czy sok żołądkowy jest dobry, czy trawi i dawali parę kropel tego soku do hodowli czystéj prątków Kocha. Mięszaninę otrzymaną tym sposobem wstawiali na 1 do 48 godzin do piecyka, a potém ją wstrzykiwali zwierzętom do jamy otrzewnowéj lub pod skórę. Jeżeli w mięszaninach wspomnianych sok żołądkowy tylko 1—6 godzin działał na prątki, gruźlica się rozwijała, tylko 24 godzinne działanie soku pozbawiało prątki zupełnéj żywotności. Zarodniki ich opierały się działaniu soku jeszcze dłużéj. Nie należy zatém, zdaniem ich, uważać żołądka za narząd zabijający jad gruźliczy. Kury karmione długi czas jadem gruźliczym nie dostawały téj choroby. Niesłusznie je téż podejrzywają, że gruźlicę przenoszą. W rozprawie nad tém pytaniem zauważył Butel, że prątki gruźlicze mogą mimo to drogą przewodu pokarmowego dostać się do ustroju i że na podstawie własnych doświadczeń, jakotéż doświadczeń Pasteura, Kocha, Chauveua i innych należy przyznać, iż spożywanie mięsa z krów perlicą dotkniętych może gruźlicę u człowieka wywołać. Legroux radzi, aby matkom, karmiącym swoje dzieci sztucznie, polecić zamiast mleka krowiego, mleko kozy lub osła; ostatnie bowiem dwa gatunki zwierząt domowych trudno dostają perlicy lub gruźlicy. (*Wiener med. Woch.* 1888, Nr. 35). *H. K.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

W jakim kierunku możebnym jest postęp w naszych urządzeniach sanitarnych do stłumienia chorób zakaźnych zmierzających?

Rzecz wyłożona w Sekcyi medycyny publicznéj V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1888 roku.

Przez
Dra Bolesława Serkowskiego,
lekarza powiatowego w Stryju.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Z tych powodów jest rzeczą wskazaną, jak sądzę, zaprowadzenie służby sanitarnéj wykonawczéj, czyli zorganizowanie straży sanitarnéj, któraby z trzech lub czterech osób przy każdém starostwie złożona, nad prawdziwém odosobnieniem chorych czuwała, a z drugiéj strony chorych pielęgnowała i wszelkie polecenia lekarskie wykonywała. Dalszem zadaniem policyi lekarskiéj jest przeprowadzenie desinfekcyi w domach zarażonych. I temu zadaniu Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewn. uczyniło zadość, wydawszy dnia 16 sierpnia 1887 do L. 20662 ex 1886 szczegółową instrukcyję, którą c. k. Namiestnictwo rozporządzeniem z dnia 24 września 1887 L. 53781 w wykonanie wprowadzić poleciło. Są tam podane racyjonalne i dokładne przepisy, jak należy przeprowadzić desinfekcyję mieszkań, pościeli, odzieży, podłogi, wychodków, wydzielin. Ale i tego rozporządzenia wykonanie po największéj części rozbija się o brak siły wykonawczéj. Lekarz nie może się zająć bieleniem izb, praniem odzieży itd. ale i nadzorować te czyn-

ności mu trudno, bo gdy raz na tydzień do wsi przyjedzie, na ten dzień ani gospodarze ani wójt nie dostarczą mu ludzi, aby we wszystkich dotkniętych chatach czynność desinfekcyi przeprowadzili, aby ściany wybielili, sprzęty ługiem i kwasem karbolowym wyszorowali itd. itd. Co zresztą zrobią ci ludzie albo i lekarz sam z poduszkami (jeżli były przypadkowo używane) albo z kożuchami, które przynajmniéj w naszym powiecie powszechnie służą za przykrycie zdrowych i chorych; zamiast kołder, bez desinfektora trudno przedmioty te desinfekcyjonować. Gdy więc ludzi na razie nie ma, nakazuje się wójtowi to i owo zrobić, a zależy to od dobréj woli wójta i gospodarzy zakażonych domów, czy cokolwiek w ogóle zrobioném zostanie, a jeżeli zrobioném zostanie, to najczęściéj powierzchownie, bo oczywiście ludzie ci nie mają wyobrażenia o czystości chemicznéj, ani o warunkach do zniszczenia niewidzialnych bakteryj koniecznych. Tak jak do stosowania postępowania antiseptycznego przy ranach potrzeba wprawy, rutyny, którą tylko dobra szkoła dać może, tak samo do przeprowadzenia dokładnéj desinfekcyi potrzeba ludzi fachowych, których wójt ani chłop nawet pod okiem lekarza działający zastąpić nie może. Powiedziałbym istnieje tu między lekarzem, odzieżą zarażoną i zarazkami chorobowemi podobny stosunek, jaki zachodzi między komisarzem cłowym a przemytnikami i towarem przemycanym. Zarazki jestto towar przemycany, który tysiąckroć łatwiejszym jest do przemycania, ponieważ tak jest drobny, iż gołem okiem jest niewidzialny i żadnym zmysłem niedostrzegalny, podczas gdy przedmiot zwyczajnéj kontrabandy zawsze wymacać lub odszukać się daje. Jeżli więc komisarz cłowy nie wystarcza, lecz potrzebuje straży skarbowéj czyli sprytnych i ze swoim zawodem obznajomionych ludzi, którzyby towar przemycany odszukać i z nim w sposób odpowiedni postąpić umieli, to o ileż potrzebniejsi są ajenci tacy, straż sanitarna, któraby umiała uchronić ludność od przemytnictwa zarazków chorobowych, i którąby była w odpowiednie przyrządy do tego zaopatrzona.

Sądzę, że obecnie, kiedy po długich, żmudnych i trudnych poszukiwaniach najzdolniejszych mężów nauki, udało się nareszcie znaleźć nieprzyjaciela w przeważnéj ilości chorób zakaźnych, jest zadaniem sterowników państwa dostarczyć odpowiednich środków do tępienia tych nieprzyjaciół wewnętrznych wszelkiemi sposoby i wszędzie, gdziekolwiek się pojawiają, a do tego potrzeba jest zorganizować odpowiednią służbę sanitarną wykonawczą. Dziwnem to jest zaiste, iż od wodza nie wymagają, aby sam nieprzyjaciela własnoręcznie bił, lecz dają mu tyle wojska ile potrzebuje, jeżli 100 tysięcy mu zamało, dają mu dwakroć stotysięcy albo i więcéj, od komisarza cłowego nie wymaga się, aby sam ścigał przemytników, lecz daje mu się straż skarbową, od inżynijera nie wymaga się, aby sam drogi budował, lecz daje mu się drogomistrzów i robotników tylu, ilu potrzebuje, jeden tylko lekarz ma zwalczać bez wszelkiéj pomocy wszelkie zarazki durowe, ospowe, choleryczne i wszelkie inne, bez broni, (bo nie ma desinfektora), a nawet bez amunicyi, bo i środki desinfekcyjne dopiero od gminy wywalczać musi. Sądzę, że możnaby obecnie osiągnąć pewien postęp w stłumieniu tych chorób zakaźnych, których zarazki nie są tak lotne, jak w odrze, płonicy i krztuścu, zatém w stłumieniu ospy, duru, błonicy, czerwonki i cholery przez utworzenie przy każdém starostwie bióra sanitarnego, w skład którego wchodziłby lekarz powiatowy, weterynarz powiatowy, 3 do 4 ludzi straży sanitarnéj należycie wyćwiczonéj w czynnościach w zakres jéj wchodzących. W zakres czynności takiéj straży wchodziłoby:

1) udawać się z lekarzem delegowanym do gminy, w któréj wybuch choroby zakaźnéj zasygnalizowano i zarządzenia delegowanego lekarza starać się skutecznie przeprowadzać:

2) w gminie dotkniętéj zarazą pozostać musiałby jeden lub dwóch dozorców; w miarę tego, czy gmina jest więcéj lub mniéj rozległą, czy epidemija większe lub mniejsze przybrała rozmiary, dozorcy ci musieliby czuwać, aby odosobienie chorych o ile możności ściśle zachowano, aby nikt obcy do chat zarażonych nie wstępował;

3) chorych pozbawionych opieki domowéj musieliby pielęgnować, podawać im napoje, leki itd.;

4) stosownie do rodzaju choroby i polecenia lekarza, musieliby n. p. pędzlować gardła w błonicy, robić zimne okłady w durze, w chorobach wysypkowych, w których przenośnikiem zarodków jest prawdopodobnie łuszcząca się skóra jak w ospie, szkarlatynie, a może i durze osutkowym, musieliby chorych takich raz lub dwa razy dziennie nacierać maściami lub mazidlami antiseptycznemi, albo zmywać ich spirytusem z dodatkiem kwasu karbolowego, borowego łub salicylowego, przez co najsnadniéj wytwarzający się zarazek mógłby być zniszczonym w zarodzie. W czerwonce, durze brzusznym i cholerze, musieliby czuwać nad tém, aby odchody ludzkie zakażone zaraz zakopywano, w cholerze mogliby wykonywać zabiegi hydryatryczne, stosować lawatywy z taniną tak obecnie zachwalone lub nacierania;

5) najważniejszą ich czynnością byłoby dokonanie oczyszczenia i odrażenia mieszkań, odzieży i innych przedmiotów. Każde bióro sanitarne musiałoby być zaopatrzone w przenośne desinfektory, podobnie jak bióra budownicze zaopatrzone są w narzędzia do pomiarów służące, a straż sanitarna dokładnie wyćwiczona w obchodzeniu się z tym narządem, spełniałaby desinfekcyję należycie;

6) podobną czynność, jak przy desinfekcyi chorób zaraźliwych ludzkich, musiałaby spełniać straż sanitarna przy chorobach zaraźliwych zwierzęcych pod kierunkiem weterynarza powiatowego.

Prócz tego, przy niektórych biórach sanitarnych mogłyby być urządzone zakłady krowiankowe, tak aby z dobrodziejstwa krowianki cała ludność kilku powiatów mogła korzystać, a nie tylko bogatsi jak obecnie. Wtedy pozbawioneby było szczepienie téj przykréj czynności zbierania limfy, od któréj największa liczba matek dzieci swe uchronić się stara. W miasteczku o ludności przeważnie izraelickiéj, tudzież w kolonijach niemieckich, zbieranie limfy wprost jest niemożebne. Wtedy téż byłaby wykluczoną możność przeszczepienia gruźlicy, zołzów i kiły, która teraz nie zawsze wykluczyć się daje.

Zorganizowanie straży sanitarnéj, utworzenie bióra sanitarnego zaopatrzonego w mikroskopy, desinfektory i w środki desinfekcyjne, daléj urządzenie zakładów krowiankowych, byłoby połączone z znacznemi kosztami, bo bez kosztów żaden postęp nie jest możebny. Utrzymanie 3 ludzi i bióra na jeden powiat kosztowałoby około 2000 złr. rocznie, prócz tego sprawienie mikroskopów, desinfektorów etc. etc. około 1500 złr. jednorazowo, to uczyniłoby na 74 powiaty 148.000 złr. rocznie i 110.000 jednorazowo na Galicyę. Prawda, że suma ta na nasz kraj jest wysoką. Przypuściwszy jednak na chwilę,

że pokój zbrojny tak obecnie nad całą Europą ciążący na kilka lat usuniętym zostanie, albo że koszta, których wymaga, choćby o $^1/_{10}$ część zmniejszone zostaną, wtedy kraj bez trudności mógłby ponieść tę ofiarę dla zmniejszenia swéj śmiertelności. Wszak w Galicyi umiera około 58000 ludzi rocznie z chorób zakaźnych czyli 26—27% w stósunku do ilości wszystkich zmarłych, to jest więcéj niż $^1/_4$ część ludzi umiera z chorób zakaznych. Gdyby ten ogromny procent choć o 5 obniżyć można przez instytucyję straży sanitarnych, to zyskałby kraj kilka tysięcy ludzi rocznie.

Streszczając to, co powyżéj powiedziałem, sądzę, że szanowne zgromadzenie uzna za rzecz wskazaną, aby:

1) Przy każdém c. k. starostwie uorganizowaną została straż sanitarna złożona z 3 lub 4 ludzi obznajomionych z desinfekcyją, a po części z pielęgnowaniem chorych, któraby szczególniéj nad odosobnieniem chorych zaraźliwych po wsiach czuwała i odrażanie przedmiotów wszelkich wykonywała.

2) Aby lekarz powiatowy, weterynarz powiatowy i straż sanitarna, stanowili bióro sanitarne starostwa, w którym straż sanitarna podwładnąby była po części lekarzowi, po części weterynarzowi powiatowemu.

3) Aby każde bióro sanitarne powiatowe zaopatrzone było w mikroskop, desinfektor i środki desinfekcyjne.

4) Aby przy kilku lub kilkunastu starostwach utworzone były zakłady krowiankowe, zaopatrujące ludność całego kraju w krowiankę.

Z utworzeniem lekarzy gminnych, utworzenie straży sanitarnych, nie kolidowałoby wcale, gdyż inne jest przeznaczenie lekarzy gminnych, inne straży sanitarnéj, kolidowałoby tylko pod względem kosztów, które i na lekarzy gminnych i na straż sanitarną musiałyby być łożone. Ponieważ nie spodziewam się, aby to rychło nastąpić mogło, więc nie czynię żadnego wniosku, oczekując, że przez poruszenie téj kwestyi w czasopismach opinija publiczna z nią więcéj się oswoi.

Uwaga. Sekcyja medycyny publicznéj uznała w zasadzie potrzebę ustanowienia straży sanitarnéj, bióra sanitarnego i urządzenia zakładów krowiankowych; z uwagi jednak, iż obecnie toczyć się mają rokowania w sejmie względem utworzenia lekarzy gminnych, sekcyja nie chcąc pomnażać trudności żądaniem nowych nakładów, przechyliła się większością głosów do tego zdania, iż teraz nie jest na czasie stawienie tych wniosków, ponieważ rząd i tak obecnie nie przychyliłby się do nich, natomiast sekcyja a względnie zjazd, uznały jednomyślnie potrzebę utworzenia zakładów krowiankowych, z którychby cała ludność korzystać mogła.

Zjazd odbyty w Paryżu celem badania gruźlicy od 25-go do 31-go lipca b. r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Na następującém posiedzeniu Zjazd uchwalił ogromną większością głosów co następuje: „Należy wszelkiemi środkami (wynagradzając poszkodowanych) usuwać z użycia i niszczyć mięso i mleko pochodzące z bydląt dotkniętych perlicą, jakiekolwiek byłoby ich wejrzenie.

Na tém samém posiedzeniu opisał Lannelongue trzy ciekawe przypadki gruźlicy wątroby. Solles zwrócił uwagę na obecność mikrobu w płucach, zajętych przez gruźlicę, obok prątków Kocha wywołującego po zastrzyknięciu królikom posocznicę. La Torre mówiąc o dziedziczności gruźlicy zwraca uwagę, że główny udział w udzielaniu choroby lub predyspozycyi do niéj przyjmuje ojciec. Wreszcie Degive zakomunikował, że celem uniknienia niebezpieczeństwa przy szczepieniu ospy, zbiera się w Brukseli limfę z krowy, którą się następnie zabija, i nie przystępuje się dopóty do szczepienia, dopóki sekcyja nie wykaże, że zwierzę było wolne od gruźlicy.

Na posiedzeniu z dnia 27go lipca Brun z Beyrutu wykazuje, że między gruźlicą a zimnicą istnieje niezaprzeczony antagonizm. Przed 30 laty gruźlica należała w Syryi do chorób nadzwyczaj rzadkich; natomiast zimnica była (i jest jeszcze poniekąd) chorobą panującą. O ile stosunki zdrowotne pod względem zimnicy w mieście się poprawiły, o tyle szybciéj szerzy się tam gruźlica. Zdaniem mowcy człowiek dotknięty zimnicą jest częściowo uchroniony od nabycia gruźlicy. Wywody swoje popiera B. statystyką obejmującą przeszło 6000 chorych.

Redard: O zabiegach operacyjnych w zapaleniu gruźliczém stawu skokowego i stawów stopowych u dzieci. Rękoczyny zachowawcze okazały się bardzo użyteczne. Gdy staw silnie obrzękł, należy go otworzyć, wyskrobać części chore, oddalić kości obumarłe, zastósować *ferrum candens* unikając obrażenia mięśni i ścięgien, założyć sączek i opatrzyć przeciwgnilnie a następnie stósować kąpiele antiseptyczne. Powroty należy w ten sam sposób leczyć. Trzy do czterech podobnych zabiegów wystarczają zazwyczaj. 17 spostrzeżeń wykazuje nieszkodliwość tych zabiegów, mowca wstrzymywał w ten sposób gruźlicę miejscową i nie pozwalał jéj się uogólniać (przeszkadzało temu wytwarzanie się tkanki łącznéj), bez upośledzenia czynności odnogi.

Arloing: Środki ogólne i miejscowe służące do powstrzymania szerzenia się gruźlicy. Doświadczenia przekonały A., że wyłuszczenie gruczołów limfatycznych nawet jeszcze nie zmienionych chorobowo w sąsiedztwie miejsca zaszczepienia nie powstrzymuje gruźlicy w rozszerzeniu się na cały ustrój. Przechodząc następnie na szczepienie ochronne prątkami Kocha, mowca wyraża zdanie, że po takiém szczepieniu niczego spodziewać się nie można, gdyż gruźlica raz przebyta (miejscowo) skłania owszem do powtórzenia się choroby. Należałoby zatém ustrojowi dostarczyć mikrobu innego, któryby posiadał antagonizm z jadem gruźliczym. A. radzi téż postępować tą drogą, jakotéż drogą nasycania ustroju pewnemi istotami chemicznemi, jak to już niektórzy czynili (kwas garbnikowy).

Babès: O bakteryjach znajdujących się w narządach zajętych gruźlicą. Spostrzeżenia swe opiera B. na 143 sekcyjach dzieci gruźliczych. Mikroby, które autor obok prątków Kocha napotykał, należały w wielkiéj części do jadu ropnego. Same prątki gruźlicze dały się wykazać tylko w 50% przypadków. Z innych prątków znajdował B. takie, które zazwyczaj zapalenie odnośnych narządów wywołać są w stanie, jak np. koki Friedländera w płucach, a nawet koki rzeżączkowe w miedniczkach nerkowych dotkniętych gruźlicą. Obrażenia wywołane gruźlicą tworzą grunt stósowny do rozwinięcia się innych mikrobów.

Hureau de Villeneuve ostrzega przed podawaniem surowego mięsa suchotnikom dowodząc, że przyczynia się ono do odtłuszczania i chudnienia. Nadto mięso surowe może zawierać jad gruźliczy lub pasorzyty zwierzęce.

Na porządku dziennym posiedzenia dnia 28 lipca była kwestyja postawiona przez Zjazd: O rasach ludzkich, o rodzajach zwierząt i o narządach do nabycia gruźlicy.

Robinson (z Konstantynopola) wykazuje statystycznie, że w Azyi Mniejszéj gruźlica jest dość częstą. Nadto istnieje tam szczep pasterski przebywający wciąż wśród najlepszych warunków klimatu na wolném powietrzu, a mimo to jest bardzo przez gruźlicę nagabywany. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że szczep ten żywi się przeważnie mlekiem (niegotowaném) i mięsem swych najgorszych bydląt, podczas gdy zdrowe sprzedają.

Hanot: O marskości gruźliczéj. H. znalazł przy sekcyi 22-letniego człowieka zmarłego na gruźlicę płuc wątrobę, która tak mikroskopowo jak i przy badaniu drobnowidowém przedstawiała wszystkie cechy marskości. Kiła, zimnica i co najważniejsza alkoholizm stanowczo wykluczyć należy. Nie można było przypisać rozwoju tkanki łącznéj

drażnieniu pochodzącemu od gruzełków, bo tych w wątrobie nie było ani śladu. Prawdopodobniejszém jest, że istoty rozpuszczalne wytworzone przez mikroby, stały się przyczyną marskości wątroby.

Malvoz wypowiada zdanie, że płód jest uchroniony od gruźlicy, gdyż mikroby nie przechodzą przez łożysko. W medycynie weterynaryjnéj istnieje też kilka przypadków gruźlicy wrodzonéj.

Levoir: O przyrodzie nietypowych postaci liszaja żrącego. Mowca wykazał już, że liszaj jest osobną łagodną postacią gruźlicy powłok zewnętrznych. Zdarzają się jednak postacie liszaja, które od zwyczajnego się różnią. Raz guzki są szkliste, ciemne lub przeświecające, innym razem zawierają małe torebki śluzem wypełnione, wreszcie istnieją postacie guzków twardych. Otóż i te wszystkie rodzaje liszaja nie są tylko zmianami gruźliczemi skóry. Wprawdzie prątki znajdują się tu w małéj ilości, przeszczepianie udaje się trudniéj niż rzeczywistą istotą gruźliczą, w każdym razie jednak udaje się i to charakteryzuje wszystkie postacie liszaja jako należące do jednéj kategoryi. (Dok. n.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 sierpnia do 1 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,3. Z płonicy umarło: 1 (0 z. t.), z odry 1 (0 z. t.); z duru 0 (1 z. t.); z czerwonki 0 (4 z. t.); z błonicy 3 (3 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 2 czerwonki. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło z ospy: we Lwowie 2, w Pradze 3, w Wiedniu 1, w Warszawie 11. Z odry umarło: w Pradze 2, w Wiedniu 1, w Berlinie 10, w Hamburgu 11, w Brukseli 7, w Paryżu 18, w Londynie 47, w Petersburgu 20. Z płonicy umarło: we Lwowie i Drohobyczu po 1, w Wiedniu 4, w Warszawie 10, w Londynie 21, w Petersburgu 15. Z duru umarło: w Wiedniu 1. Z czerwonki umarło: we Lwowie 4, w Brodach i Drohobyczu po 2, w Kołomyi i Wiedniu po 1. Z krztuśca umarło: we Lwowie i Drohobyczu po 1 w Stanisławowie 2, w Wiedniu 3, w Londynie 28, w Kopenhadze 9. Z błonicy umarło: we Lwowie 3, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 4, w Warszawie 8, w Berlinie 10, w Paryżu 25, w Londynie 22, w Petersburgu 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,6; we Lwowie 30,5; w Brodach 32,9; w Drohobyczu 38,0; w Kołomyi 21,7; w Przemyślu 36,3; w Stanisławowie 47,0; w Tarnopolu 21,4; w Czerniowcach 29,5; w Warszawie 31,9; w Poznaniu 17,9; w Pradze 32,3; w Wiedniu2 1,9; w Salcburgu 34,5; w Gracu 28,5; w Lublanie 43,2; w Tryjeście 27,4; w Insbruku 20,8; w Berlinie 20,3; w Wrocławiu 25,9; w Gdańsku 28,2; w Dreźnie 16,5; w Hamburgu 21,6; w Kolonii 28,4; w Lipsku 24,9; w Mnichowie 34,7; w Strasburgu 27,8; w Amsterdamie 20,3; w Brukseli 22,1; w Budapeszcie 34,4; w Chrystyjanii 21,1; w Kopenhadze 20,5; w Londynie 16,5; w Petersburgu 28,2; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 17,6; w Wenecyi 25,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 października. Czytamy w *Kraju* petersburskim Nr. 16 (28) września:

„Jubileusz Dra Mierzejewskiego. W początkach października upływa 25 lat naukowéj profesorskiéj i praktycznéj działalności profesora Akademii wojenno-medycznéj Mierzejewskiego. Jubilat po ukończeniu kursu nauk lekarskich oddał się specyalnie badaniom chorób psychicznych i nerwowych, pełnił obowiązki asystenta przy klinice takich chorób pod profesorem Balińskim; następnie wiele pracował za granicą, dawszy się poznać przez swe prace, dotyczące histologii patologicznéj mózgu i systemu nerwowego. Po wyjściu z akademii b. profesora psychijatryi Balińskiego Dr. Mierzejewski objął katedrę chorób nerwowych i psychicznych i od tego czasu działalność jego naukowo-praktyczna znacznie się rozszerzyła. Jubilat wyrobił całą szkołę młodych profesorów, docentów i lekarzy psychijatrów, a nadto założył w Petersburgu towarzystwo psychijatrów. Koledzy, dawni i dzisiejsi, oraz uczniowie szan. profesora postanowili uczcić dzień jego 25 letniego jubileuszu. Obchód rozpocznie stosowne przemówienie, w którém podniesione zostaną zasługi jubilata jako uczonego, profesora i praktyka. Daléj ofiarowanym będzie profesorowi wytworny album z portretem lekarzy psychijatrów i innych, a na zakończenie danym będzie obiad składkowy.“

Z *St. Petersb. med. Woch.* zaś z d. 6 b. m. dowiadujemy się, że uroczystość jubileuszowa odbyła się już d. 7 bm. Żałujemy mocno, że wiadomość ta dochodzi nas po niewczasie, bo komisyja redakcyjna Przeglądu Lek. wdzięczna szan. Jubilatowi za długoletnią życzliwość, któréj dał dowody umieszczając cenne swoje prace w piśmie naszém, nie byłaby omieszkała stanąć w poczcie wielbicieli i przesłać mu wyrazy uznania i życzenia serdeczne. Niechaj więc dobre chęci nasze starczą zasłużonemu rodakowi za czyn dokonany i posłużą mu za dowód, że pomimo znacznéj przestrzeni, która nas dzieli, z głęboką czcią i prawdziwą dumą spoglądamy na męża, który własną pracą potrafił wyrobić sobie tak zaszczytne stanowisko nietylko pomiędzy swoimi, ale w całym świecie naukowym.

Jan Lucyjan Mierzejewski urodził się d. 19 lutego 1839 r. w Jędrzejowie gub. radomskiéj; nauki gimnazyjalne ukończył w r. 1855 w Lublinie, lekarskie w r. 1861 w akademii lekars. w Petersburgu, gdzie uzyskał stopień doktora po napisaniu rozprawy o badaniu kliniczném szaleńców. Poświęcił się odrazu chorobom nerwowym i umysłowym i był asystentem Balińskiego. Od r. 1872—1874 bawił za granicą, gdzie pracował u Virchowa, Westphala, Henlego, Charcota i Duchennea, Meynerta, Kühnego, Arnolda, Kl. Bernarda i Vulpiana. W r. 1876 habilitował się w Petersburgu a po ustąpieniu Balińskiego został tegoż następcą. Jest członkiem Rady lekarskiéj Cesarstwa, prezesem towarzystwa psychijatrycznego w Petersburgu, członkiem wielu towarzystw uczonych i redaktorem założonego przez siebie *Wiestnika psychijatrycznego*. Prace swoje naukowe ogłosił w 4ch językach: polskim, rosyjskim, francuskim i niemieckim; utworzył prawdziwą szkołę psychijatryczną w Rosyi, z któréj oprócz wielu specyjalistów rosyjskich wyszli i docenci Erlicki i Daniłło, a czasopismo przez niego redagowane należy do najlepszych pism fachowych. Kto w 49 roku życia może pochlubić się taką działalnością i takiemi zasługami, po tym nauka wiele jeszcze spodziewać się może.

* Wykłady na wydziale lekarskim U. J. rozpoczęły się temi dniami.

* Dr. Metzger, słynny ze swych kuracyj przez mięsienie, przenosi się z Amsterdamu do Wiesbadenu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prof. nadzw. Dr. Emeryk Maixner mianowany został zwyczajnym profesorem kliniki lekarskiej, a docent chemii Dr. August Bělohoubek profesorem nadzw. chemii ogólnéj. — **Graz.** Zastępstwo w skutek powołania Zuckerkandla do Wiednia otrzymał docent Dr. Eberstaller. — **Bazyleja**: Dr. Siebenmann habilitował się jako docent laryngologii i otyjatryi. — **Charków**: Katedrę kliniki lekarskiéj opróżnioną w skutek śmierci prof. Laszkiewicza objął prof. Oboleński, a docent Dr. Sziltow mianowany nadzw. profesorem patologii i terapii szczególnéj. — **Fryburg**: Prof. Kast mianowany został dyrektorem szpitala w Hamburgu. — **Wiedeń**: Prof. Bamberger oddawna cierpiący nie może rozpocząć wykładów klinicznych, dlatego zastępstwo otrzymał rodak nasz docent Dr. Neusser. Kliniką psychijatryczną zastępczo kierować będzie docent Dr. Wagner.

* **Wiadomości osobowe**. Przeniesieni zostali: lekarz pułkowy 1ej kl. Józef Pineles do 7 bat. artyleryi wałowéj, lekarze pułkowi 2ej kl. Drowie Wilhelm Strzechowski do 20 pułku piechoty a Józef Madeyski do szpitala w Przemyślu; lekarze starsi Drowie Aleksander Steuermark do 20 pułku piechoty (zarazem jako elew wojskowy do kliniki chirurg. prof. Rydygiera), Stanisław Kruszyński do 11 pułku artyleryi i Kaźmierz Krasuski do 10 pułku piechoty.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 39: Perkowskiego: O znieczuleniu miejscowém (dok.); Jaworskiego: Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka (c. d.). — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 9: Krówczyńskiego: Profilaktyczne dążenia nowoczesnéj medycyny; Wiczkowskiego: Higijena żywienia się (dok.). — W *Zdrowiu* Nr. 36: Walthera: Pomoc dla położnic w gubernijach Król. Pols. w r. 1887; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.); Hamona: O używaniu rur ołowianych (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 10go października o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. prof. Obaliński przedstawi przypadki chorobowe, 2) kol. doc. Jordan wypowie uwagi z podróży do Stokholmu, a w szczególności o metodzie leczenia Thure Brandta.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza